·世界全科医学工作研究·

将 WHO《心理健康差距干预指南》应用于中国全科医学服务：一项德尔菲研究

Kendall Searle[1*]，Grant Blashki[2]，Ritsuko Kakuma[3]，杨辉[4]，吕淑荣[2]，李宝琪[5]，肖莹莹[5]，Harry Minas[1]

1.VIC 3010 Global and Cultural Mental Health Unit，Centre for Mental Health，School of Population and Global Health，University of Melbourne，Parkville，Australia
2.VIC 3010 Nossal Institute for Global Health，University of Melbourne，Melbourne，Australia
3.WC1E 7HTE London School of Hygiene and Tropical Medicine，London，England，UK
4.VIC 3168 Monash Institute for Health and Clinical Education，School of Primary Health Care，Monash University，Notting Hill，Australia
5.518107 广东省深圳市，中国科学院大学深圳医院（光明）
*通信作者：Kendall Searle；E-mail：ksearle2@student.unimelb.edu.au

【摘要】 背景 中国全科医生越来越期望能够识别和预防抑郁障碍，但其接受的心理健康培训有限，社区卫生服务中心（CHCs）也缺乏针对抑郁障碍的诊断和服务规范。WHO《心理健康差距干预指南》第 2 版（mhGAP-IG.v2）是为非心理健康专业人员提供的决策支持工具，可用于评估、管理、随访精神障碍、神经疾病及物质使用障碍患者。鉴于 mhGAP-IG.v2 的通用性，其在中国的应用应根据抑郁障碍在不同文化下的差异性和中国心理健康系统特点进行调整。方法 开展两轮基于网络的德尔菲（Delphi）调查。邀请来自深圳市的全科医生小组对 mhGAP-IG.v2 中涉及抑郁障碍的 199 条表述进行五分制的赞同程度打分，即"如要把该表述用在深圳市，是否赞同调整其内容和结构"。如果 >80% 的全科医生"有些 / 肯定赞同"调整某表述，则视为全科医生对调整该表述达成共识；如果 >80% 的全科医生"有些 / 肯定不赞同"调整某表述，则视为全科医生对不调整该表述达成共识。结果 全科医生对 79% 的表述达成了需要调整的共识，平均得分为 4.26 分，即全科医生"有些赞同"对 mhGAP-IG.v2 中涉及抑郁障碍的相关表述进行调整。具体调整建议包括：抑郁评估方法应考虑更广泛的抑郁症状，并考虑病情的发展阶段；增加抑郁筛查工具的使用指南；明确全科医生的作用，以及家庭参与和跨部门服务的转诊途径；药物治疗建议应与中国用药规范保持一致；指南所有章节要强调预防自杀；情境化健康教育；强调"以人为本"的服务方法。全科医生认为，应维持 mhGAP-IG.v2 中对经历抑郁发作的双相障碍患者的诊断和治疗建议。结论 对 mhGAP-IG.v2 抑郁部分的调整研究反映出对指南的评估应考虑文化和国情背景，包括中国特色的初级卫生保健系统、健康优先领域、治疗可得性，以及多样化的社会心理教育需要。调整后的 mhGAP-IG.v2 可以给中国全科医学教育和全科医疗服务提供参考，也可以为其他国家的非精神病学专业人员开展心理健康服务提供有益借鉴。

【关键词】 抑郁障碍；心理健康差距干预指南；德尔菲；调整；概念化；初级保健；跨部门服务；世界卫生组织；中国；深圳

【中图分类号】 R 749.42 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0852

Adapting the Depression Component of WHO Mental Health Gap Intervention Guide（mhGAP-IG.v2）for Primary Care in Shenzhen，China：a Delphi Study

Kendall Searle[1]，Grant Blashki[2]，Ritsuko Kakuma[3]，YANG Hui[4]，LYU Shurong[2]，LI Baoqi[5]，XIAO Yingying[5]，Harry Minas[1]*

1.Global and Cultural Mental Health Unit，Centre for Mental Health，School of Population and Global Health，University of Melbourne，Parkville，VIC 3010，Australia

2.Nossal Institute for Global Health，University of Melbourne，Melbourne，VIC 3010，Australia

引用本文：Kendall Searle，Grant Blashki，Ritsuko Kakuma，等 . 将 WHO《心理健康差距干预指南》应用于中国全科医学服务：一项德尔菲研究［J］. 中国全科医学，2024.［Epub ahead of print］DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0852.［www.chinagp.net］

SEARLE K，BLASHKI G，KAKUMA R，et al. Adapting the depression component of WHO Mental Health Gap Intervention Guide（mhGAP-IG.v2）for primary care in Shenzhen，China：a Delphi study［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］

注：本文首次刊登于 *International Journal of Mental Health Systems*

本文数字出版日期：2023-08-31



3.London School of Hygiene and Tropical Medicine，London WC1E 7HTE，England，UK
4.Monash Institute for Health and Clinical Education，School of Primary Health Care，Monash University，Notting Hill，VIC 3168，Australia
5.Shenzhen Guangming Hospital of the University of Chinese Academy of Sciences，Bao'an District，Shenzhen 518107，China
*Corresponding author：Kendall Searle；E-mail：ksearle2@student.unimelb.edu.au

【Abstract】 Background Primary care doctors in Shenzhen，China are increasingly expected to identify and prevent depressive disorder；however，they have received limited mental health training and community healthcare centres（CHCs） do not provide standardised protocols for the diagnosis and care of depressive disorder. The World Health Organization's mental health gap intervention guide，version 2（mhGAP-IG.v2） is a decision support tool for non-specialists for the assessment，management and follow-up of mental，neurological and substance use disorders（including depressive disorder）. Given that mhGAP-IG.v2 is a generic tool，it requires adaptation to take account of cultural differences in depression presentation and unique characteristics of China's emergent mental health system. **Methods** A two-round，web-based，Delphi survey was conducted. A panel of primary care doctors from Shenzhen，were invited to score their level of agreement with 199 statements（arranged across 10 domains） proposing changes to the content and structure of mhGAP-IG.v2 for use in Shenzhen. Consensus was predefined as 80% panelists providing a rating of either "somewhat agree/definitely agree"，or "definitely disagree/somewhat disagree" on a five-point scale for agreement. **Results** 79% of statements received consensus with a mean score of 4.26（i.e. "somewhat agree"）. Agreed adaptations for mhGAP-IG.v2 included：an assessment approach which considers a broader spectrum of depression symptoms and reflects the life course of disease；incorporating guidance for screening tool usage；clarifying physicians' roles and including referral pathways for intersectorial care with strong family involvement；aligning drug treatment with national formularies；stronger emphasis of suicide prevention throughout all sections of the guide；contextualizing health education；reflecting a person-centred approach to care. Panelists chose to maintain diagnostic and treatment advice for bipolar patients experiencing a depressive episode as in the current guide. **Conclusion** An adapted mhGAP-IG.v2 for depression recognises China's cultural and contextual needs for assessment guidance；unique primary healthcare system organization，priorities and treatment availability；and diverse psychosocial educational needs. An adapted mhGAP-IG.v2 could both inform the future training programs for primary care in Shenzhen and also offer an additional mental health resource for non-specialists in other countries.

【Key words】 Depressive disorder；Mental Health Gap Intervention Guide（mhGAP-IG.v2）；Delphi；Adaptation；Conceptualisation；Primary care；Intersectorial care；World Health Organization；China；Shenzhen

1 背景和立题依据

作为中国最早的经济特区之一，人口接近 1 800 万的深圳市以其先进的社会经济发展和改革闻名全国，乃至世界[1-4]。深圳市稳步建立了庞大的社区健康服务中心（CHC）网络，全科医生作为居民医疗服务的第一接触点，发挥着重要作用[5-7]。鉴于总体上精神障碍流行率的增加及重点、脆弱人群抑郁障碍患病率的升高[8-16]，卫生行政部门在发展全科医学服务的过程中，要求加强对常见精神障碍的识别和预防[17]。具体做法之一是提升全科医生的心理健康工作技能水平[18-20]，每个 CHC 至少有 1 名具有心理健康认证的全科医生[21]。但在对深圳市全科医学中层负责人的质性研究中发现，随着工作的深入推进，全科医生需要更好地获得抑郁障碍服务的诊断指南和方案[22]。

指南是证据的合成，以建议的形式呈现给服务提供者，从而让患者得到“获得最高服务质量”的机会[23]。把指南信息从一个环境分享到另一个环境，可以避免重复研究工作，并可以在资金不足的情况下优化资源使用[24-25]，这已经成为被全球医疗保健领域广泛接受的方法[26]。WHO《心理健康差距干预指南》第 2 版（mhGAP-IG.v2）[27] 中关于抑郁障碍的指南，为深圳市 CHC 提供了一个经过严格开发并获得国际批准的资源[28-29]，其可以支持经过培训的全科医生开展对抑郁障碍和其他主要心理健康问题患者的评估、管理和随访[30-31]。mhGAP-IG.v2 纳入了基于循证和经济上可负担的治疗方案，适合在社区和资源不足的环境中使用[32]。

mhGAP-IG.v2 是一个通用工具，需要根据中国特色的初级卫生保健环境和文化背景进行调整。部分国家的全科医生可以独立使用筛查量表，可以独立对抑郁障碍做出诊断并开展药物治疗[33-36]。但在中国，只有精神病学专家才具有诊断抑郁的法律权力[37]。医院或专科机构负责开具治疗方案和药物处方，初级保健医生的治疗独立性有限[7]。此外，过往事件也会影响居民目前的态度和行为，成为抑郁障碍表达和寻求服务的障碍[38-40]。虽然 mhGAP-IG.v2 与国际分类系统［如《国

际疾病分类》第 10 版（ICD-10）、《精神障碍诊断与统计手册》第 4 版（DSM-Ⅳ）] 高度一致，但最初是根据西方医院场景中临床表现开发的，因此可能与其他文化背景不够契合，并难以在社区环境下识别隐约难辨的抑郁表现。

规范化调整 mhGAP-IG.v2 的方法仍在开发中[41]，咨询 mhGAP-IG.v2 最终使用者的建议才能确保指南的适用性，促进指南的实施[30，42-43]。由于中国初级保健代表并未参与 mhGAP-IG.v2 的起草，mhGAP-IG.v2 可能会忽略中国初级保健的实际做法或转诊方面的信息。本研究提出的问题是：为了提高 mhGAP-IG.v2 的适用性，CHC 医生认为要对其中的抑郁相关表述做哪些调整？

本研究旨在过 mhGAP-IG.v2 进行调整，使其对中国全科医生具有知识相关性和实际可接受性。本研究采用德尔菲法[44-47]，希望能获得深圳市全科医生是否需要对 mhGAP-IG.v2 中相关表述进行调整的共识，以及全科医生对 mhGAP-IG.v2 内容和结构调整的具体建议。本研究在指南适应性研究中的独特性，是关注国际指南对中国基层医疗中抑郁障碍诊治的适用性[30，43，48-50]。这是第一项在中国进行的基层医疗指南适应性研究。

2 对象与方法

2.1 招募参加者

全科医生自愿参加本研究。7 位在深圳市 5 个区工作的全科医生负责招募，通过所在区的基本医疗系统传播研究信息，根据伦理学要求分发简明文字声明，并分发和回收知情同意书。本研究主持人给每名同意参与的全科医生安排参加者注册，并提供受密码保护的在线调查链接。

2.2 纳入与排除标准

被邀请医生在 CHC 承担基本医疗工作，每星期至少给 50 位患者看诊。医生需自述对心理健康感兴趣，或有初级保健心理健康服务证书。分别在深圳市城区、郊区和边界区的 CHC 招募医生，以增加参与者的异质性。调查材料用中文形式提供，不要求参加者的英语水平。

2.3 参加者规模和地理分布

75 名全科医生（51% 为女性）参与了第 1 轮调查，其中大多数全科医生在近郊区 CHC 工作（55%），其次是城区（35%），再次是远郊区和边界区（10%）。参加第 2 轮调查的全科医生有 59 名（保留率为 79%）。尽管有全科医生退出调查，但在两轮调查中，按地区和性别划分的总体百分比相似。具有心理健康服务证书的全科医生参与两轮调查的可能性更高。

2.4 德尔菲问卷开发

交给全科医生做判断的表述是通过本研究之前的质性研究主题分析产生的[51]，该质性研究咨询了全科医生对 mhGAP-IG.v2 在 CHC 使用的可接受性、适用性、可转移性观点。纳入德尔菲调查的表述包括 10 个方面：（1）“以人为本”的指南；（2）抑郁障碍的表现特征；（3）筛查工具的获得和使用；（4）医疗服务及社会系统的内部关系；（5）药物治疗选择；（6）双相障碍中的躁狂和抑郁发作；（7）针对抑郁的沟通；（8）随访；（9）管理患者信息；（10）指南的整体结构。将 mhGAP-IG.v2 中这些表述提取出来并翻译成中文，经过回译测试，并邀请 3 名深圳市 CHC 医生和 2 名澳大利亚全科医生 / 研究人员做预调查，对咨询内容进行迭代完善。最后提出 199 条表述，作为本德尔菲研究的咨询内容。

使用 Likert 5 级计分法对表述进行评分，请参加者判断“如要把该表述用在深圳市，是否赞同调整其内容和结构”，5 分表示“肯定赞同”，4 分表示“有些赞同”，3 分表示“既不赞同也不反对”，2 分表示“有些不赞同”，1 分表示“肯定不赞同”。预先设定“达成共识”的条件：如 >80% 的全科医生选择“有些 / 肯定赞同”调整某表述，则视为全科医生对调整该表述达成共识；如 >80% 的全科医生选择“有些 / 肯定不赞同”调整某表述，则视为全科医生对不调整该表述达成共识。参加者也有机会提出添加其他表述，或通过开放式提问表达保留意见。

2.5 调查和分析过程

在 Qualtrics 调查平台进行两轮调查，第 1 轮的开展时间为 2019 年 12 月—2020 年 1 月，第 2 轮的开展时间为 2020 年 12 月—2021 年 2 月。主要研究人员负责对每轮信息进行分析，并向参加者反馈。在第 1 轮调查中，参加者对 152 个表述（76%）达成需调整的共识。研究者对开放式答复进行了评估，参加者没有提出新的表述。在第 2 轮调查中，研究者把 47 条未达成调整共识的表述重新提交给参加者，并附第 1 轮调查的平均分。第 2 轮调查返回的数据显示，有 6 个表述获得需调整的共识。最终共识的需调整表述数量为 158 个（占所有表述的 79%），对其他 41 个表述（占所有表述的 21%）未达成需调整的共识。最后，通过将共识（和非共识）项目与 mhGAP-IG.v2 的相关部分进行比较，提出对 mhGAP-IG.v2 的调整建议。从问卷开发到达成表述调整共识的德尔菲过程见图 1。

2.6 伦理学审批

本研究于 2019 年 11 月经墨尔本大学人口与全球健康学院（MSPGH）的人类伦理学评估小组（HEAG）审核批准（伦理学批准文号：1，852，773.1）

3 结果

3.1 参加者特征

参加者平均拥有超过 6 年的全科临床服务经验。在第 1 轮调查中获得心理健康服务证书者占 15%，在第 2



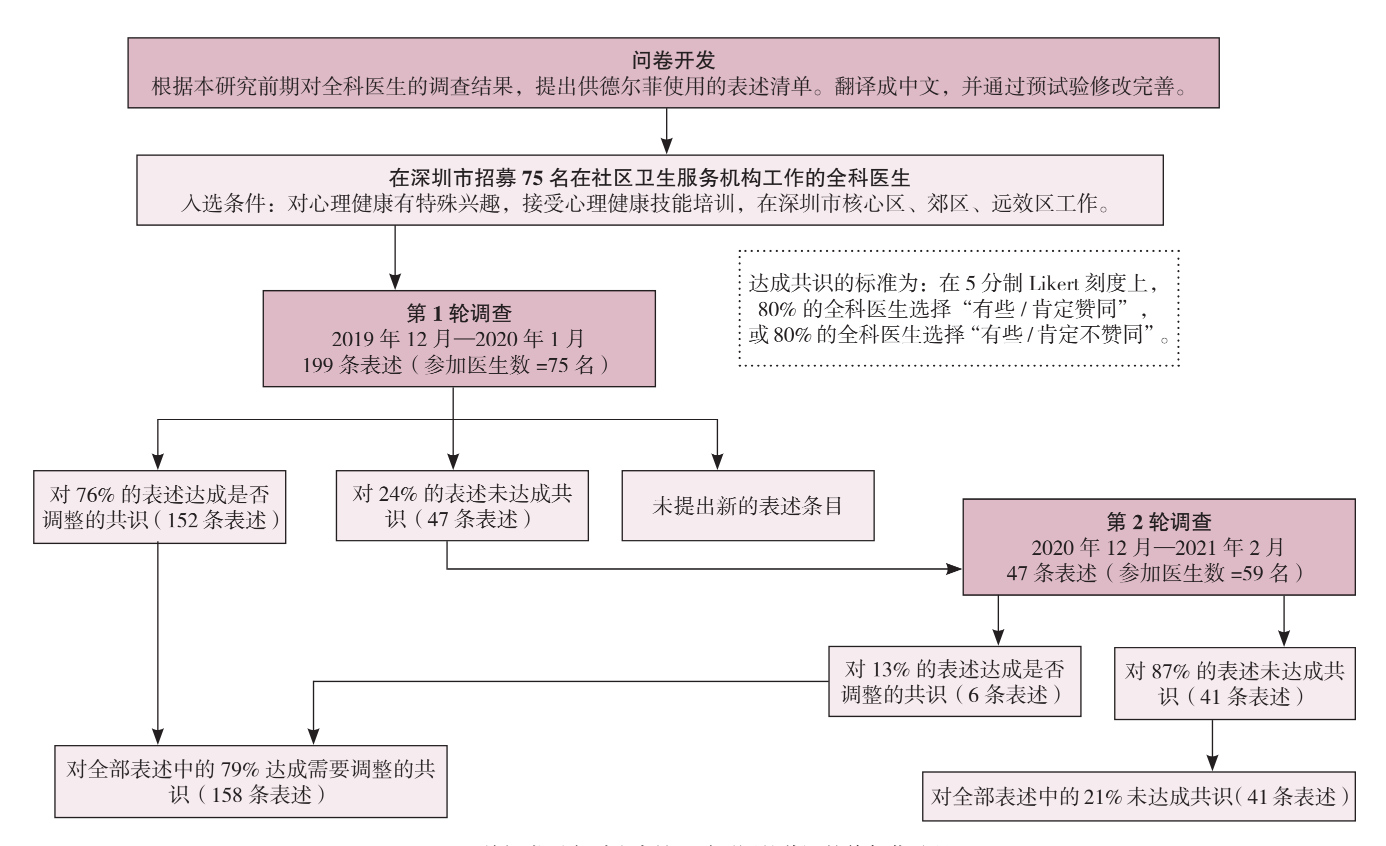


图 1 从问卷开发到达成是否需要调整共识的德尔菲过程
Figure 1 Delphi process from questionnaire development to statement consensus

轮调查中获得心理健康服务证书者占 24%，即有证书者更倾向于完成德尔菲调查；参加者所在 CHC 至少有另 1 位有证书全科医生的比例，从第 1 轮的 57% 增加到第 2 轮的 68%。参加者所在的团队有 7~8 名医生。开展第 2 轮调查时，正值新型冠状病毒感染（COVID-19）疫情期间，故参加者每周接诊患者的数量（176 名 / 周）明显低于第 1 轮（275 名 / 周），医生记录的抑郁患者数量（1.9 名 / 周）也低于第 1 轮（2.7 名 / 周）。

3.2 主要结果

参加者同意对 mhGAP-IG.v2 中 199 条涉及抑郁障碍表述的 158 条进行调整，调整建议的平均得分从第 1 轮的 4.25 分提高到第 2 轮的 4.26 分。10 个主题的平均分为 4.05~4.65 分，其中"'以人为本'的指南"获得最高平均分（即全科医生最赞成调整该条目），"随访"获得最低平均分（即全科医生最不赞成调整该条目）。

在第 1 轮调查中，"'以人为本'的指南"和"双相障碍中的躁狂和抑郁发作"两个主题的所有条目都达到了 100% 的调整共识。由于第 1 轮调查达成共识的程度比较高，故第 2 轮在 47 个表述中得到新的调整共识的程度有限。波动最大的是对"随访"主题的调整看法，在两轮调查中，对"随访"主题进行调整的共识百分比从 61% 增加到 73%。在两轮调查中，任何主题的任何表述都没有被直接拒绝（表 1）。

表 2 为两轮德尔菲调查后获得共识的表述的调整建议，其按 10 个主题分组，并根据各主题平均得分递减列出。

4 讨论

4.1 评估指南的特定背景需要

本研究是在对深圳市全科医生进行初步研究的基础上开展的[51]。研究证实了 CHC 医生倾向于认为抑郁诊断是基于"一系列症状，而非核心症状"，如表 2 中的 8.3，全科医生认为应该把核心症状和附加症状合并到 mhGAP-IG.v2 的症状列表中，这反映出初级保健的务实性。这一建议可以避免过早地排除潜在诊断，进而有利于病情的持续监测和服务。这也意味着全科医生有机会突破仅由专家开发 mhGAP-IG.v2 诊断标准的局限，而是采用更适合初级保健的生命全程方法（即抑郁是一种复杂的多维疾病，其症状可以在一生中以任何顺序出现）来做出判断[33，52-53]。尽管本研究参加者不赞同前期研究中把抑郁的躯体症状、焦虑及其他行为指标都纳入列表的建议[51]，但参加者普遍认为 mhGAP-IG.v2 应建议医生探索有哪些触发潜在抑郁的风险因素，并阐明抑郁是如何随时间变化的。

本研究的一个关键结果是：全科医生一致认为应该对整体 mhGAP-IG.v2 进行调整，并重点加强初级保健

表 1 按主题划分的第 1 轮和第 2 轮德尔菲调查获得的共识
Table 1 Wave 1 & 2 Delphi survey consensus by thematic domains

mhGAP-IG.v2 中涉及抑郁的主题	第 1 轮（n=75）			第 2 轮（n=59）			总体共识	
	表述条目数（条）	达成调整共识的条目（%）	平均分（分）	表述条目数（条）	达成调整共识的条目（%）	平均分（分）	达成调整共识的条目（%）	平均分（分）
“以人为本”的指南	18	100	4.65	0	0	0	100	4.65
抑郁障碍的表现特征	28	64	4.07	10	0	3.50	64	4.06
筛查工具的获得和使用	11	64	4.13	4	25	3.80	73	4.24
医疗服务及社区系统的内部关系	28	79	4.23	6	17	3.75	82	4.26
药物治疗选择	18	78	4.20	4	0	3.51	78	4.19
双相障碍中的躁狂和抑郁发作	4	100	4.59	0	0	0	100	4.59
与患者和社区针对抑郁进行沟通	29	90	4.36	3	0	3.77	90	4.36
随访	33	61	4.03	13	31	3.64	73	4.05
管理患者信息	11	82	4.20	2	0	3.73	82	4.20
指南的整体结构	19	74	4.06	5	0	3.61	74	4.06
总体共识	199	76	4.25	47	13	3.66	79	4.26

注：mhGAP-IG.v2=《心理健康差距干预指南》第 2 版；共识是指 >80% 的全科医生对某表述条目给出 4/5 分（有些赞同 / 肯定赞同），或 >80% 的全科医生对某表述条目给出 1/2 分（肯定不赞同 / 有些不赞同）；第 2 轮的表述条目是在第 1 轮没有达成共识的表述条目；第 1 轮时没有表述条目被拒绝（即没有出现 >80% 的全科医生给 1/2 分（肯定不赞同 / 有些不赞同）的表述条目。

对有自杀风险患者的监督责任。这需要重新组织、制订 mhGAP-IG.v2 中的决策流程，以便在患者早期就诊时就检查出自杀企图的既往史，发现症状列表中的自杀倾向，并将医生引导至 mhGAP-IG.v2 的自残模块。这些调整既符合中国“到 2030 年将自杀率减少 30%”的目标[54]，也响应了当地对某些职业人群和弱势群体自杀率高的担忧[55-56]。国际上类似的做法是突尼斯的情景化研究，其也将自残和自杀确定为优先管理的精神障碍[50]。

尽管西方有一些经过验证的、可供全科医生使用的抑郁量表，但 mhGAP-IG.v2 并没有提供可以在全科医疗服务中使用的抑郁筛查工具指南[57]。既往研究结果表明，CHC 没有标准且统一的抑郁筛查工具[22]。本研究的参加者看到了机会，认为应该在 mhGAP-IG.v2 中补充该方面内容，以鼓励 CHC 采用适当的筛查工具（假设接受适当的培训）。参加者们认为应该让护士有机会参与抑郁筛查过程，并应该在 mhGAP-IG.v2 中强调（表 2 的 5.3）。参加者对抑郁管理的开放态度，反映了 CHC 团队服务中对任务进行授权分担的需求，全科医生愿意采用团队模式来改善抑郁的筛查和管理，而非依靠个人。

参加者不认为应调整 mhGAP-IG.v2 中所有的表述内容，比如其认为应该保持与双相障碍有关的所有指南信息。据报道，中国的双相障碍患病率较低[58]。初步研究表明，初级保健医生对此知之甚少，并认为这是需要专科治疗的严重精神疾病[51]。全科医生们尊重 mhGAP-IG.v2 提出的在初级保健培训中加强培训以弥合差距的建议，并认为应该在 mhGAP-IG.v2 中保留鉴别和治疗抑郁和双相障碍（抑郁发作）的建议。

4.2 应对卫生系统差异

将本研究结果与前期研究和其他情境化研究结果进行比较，以确定 mhGAP-IG.v2 中针对特定国家（地区）的转诊选择和医疗专业人员职责划分的适宜性[30, 48, 50]。中国已经提出将精神卫生纳入基层医疗范畴[59-60]，但仍期待有关键政策文件能提供如何改革和管理的详细信息[61-62]。虽然许多西方国家全科医生已经能积极参与抑郁的诊断和治疗[63-64]，但中国仍由精神科医生主要负责抑郁的诊断和治疗，因此不同国家的系统间做法有很大不同[37, 65]。对 mhGAP-IG.v2 的调整研究给拥有心理健康服务证书的 CHC 医生在心理健康方面的发展提供了更多机会[21-22]，并能加强 CHC、综合医院、家庭在精神卫生服务中的参与度（表 2 的 4.1~4.4）。

这项深入的研究能让全科医生认可与紧急心理服务相关的指南内容，特别是将初级保健服务与社区机构（如社会服务、公安机关、学校、志愿部门、残障人士联合会）、雇主和家庭相结合的内容。全科医生更倾向于和强有力的社区、家庭结合，这一关注点既有文化先例也有法律先例。中国的精神卫生法规定，家庭成员必须负责照顾有精神健康问题的家庭成员（即帮助管理药物、确保患者就诊、进行情绪监测）[37, 53, 61-62]。其他公共卫生干预措施（如精神健康问题紧急援助）也根据法律要求来识别和支持社区中的抑郁病例[66]。目前，mhGAP-IG.v2 的管理和随访部分仅强调了医生的疾病管理责任，这与将心理健康纳入更广泛的、社区参与的卫生体系的做法不一致。

4.3 考虑当地可用的药物治疗

与其他对指南的情境化研究[30, 48]一样，本研究强

表 2 全科医生对 mhGAP-IG.v2 条目的调整建议

Table 2 Primary care recommendations for an adapted mhGAP-IG.v2

主题	mhGAP-IG.v2 的调整建议
1.“以人为本”的指南	1.1 不仅是“以患者为中心”，而且要强调“以人为本” – 确切保护患者隐私 – 对患者的生活事件（如悲伤）保持敏感 – 适应患者的多样性 1.2 提供个体化的患者管理计划（PMP） – 与患者建立伙伴关系 – 保持随时间发展的灵活性，以满足患者需要 – 列出可以激发出积极的行为改变的几种策略 1.3 使 PMP 与医生、患者、业务管理相匹配 – 医生评估治疗进展（如评估药物副作用，改变治疗方法） – 患者对治疗的评价（如对治疗的体验、对治疗的参与） – 业务跟踪（如预约就诊、可能的转诊选项） 1.4 由有心理健康服务证书的全科医生制定 PMP 框架 1.5 解决背景不同的问题 – 优先考虑自杀风险 – 在每个服务阶段强调家庭参与 – 提供深圳市患者治疗成功的案例
2. 双相障碍中的躁狂和抑郁发作	2.1 区分非复杂抑郁与双相障碍（抑郁发作）在治疗方法上的不同 – 把心境稳定剂做为抗抑郁药的辅助用药 2.2 与患者或家属一起，核查躁狂的症状
3. 与患者和社区针对抑郁进行沟通	3.1 医生发挥提高社区意识和健康素养的作用 3.2 更强调家庭在患者支持上的作用 3.3 将监督有自杀风险患者纳入社区卫生服务中心工作范畴 3.4 充实患者心理教育的内容 – 纳入培养患者信任的策略（如赋予同理心的倾听） – 纠正任何对疾病的误解 – 提供治疗成功的案例故事 – 让患者准备好应对社区的抑郁污名化 – 讨论治疗依从性的重要性 – 提供参与治疗活动的建议 – 鼓励参加社区卫生服务中心随访和专家随诊 – 与患者达成管理 / 医疗服务计划的共识 – 提供自我管理的建议 3.5 考虑实施预约系统
4. 医疗服务及社区系统的内部关系	4.1 强调社区参与对自杀风险患者的监督 4.2 明确转诊路径，以及各种职业之间的责任分工 4.3 强调医学和非医学跨领域服务的机会 4.4 把家庭参与作为跨领域服务的一部分 4.5 加上提醒，把患者置于所有讨论的核心
5. 筛查工具的获得和使用	5.1 推荐在管理和 / 或随诊时使用的问卷 5.2 在私密诊室使用问卷 5.3 医生和护士都能使用问卷（假设提供过培训） 5.4 明确工具范围（多次使用？非临床场所使用？）
6. 管理患者信息	6.1 看诊前回顾病史，并更新病史记录 6.2 如果需要，补充患者管理系统的信息 6.3 通过专家、其他治疗医生、家庭成员反馈及评估用药反应等，证实治疗效果 6.4 定期召开诊所内会议，与其他医生讨论疑难病例

（续表 2）

主题	mhGAP-IG.v2 的调整建议
7. 药物治疗选择	7.1 在监督和更改药物剂量时，说明医生的任务
	7.2 加上每种药物的用药指征和副反应
	7.3 加上每种药物的可得性和医保报销情况
	7.4 加上每种药物的依从建议
	7.5 提供最新药物的详细信息
	7.6 提供药物的商品名举例
	7.7 增加苯二氮卓类药物的信息
8. 抑郁障碍的表现特征	8.1 指南应“反映真实的看诊情况”
	– 考虑患者是否以往有过抑郁发作
	– 明确关系问题的细节（包括悲伤）
	– 在看诊的早期评估患者的自杀风险
	– 首先考虑躯体症状
	8.2 包括抑郁的触发因素和风险因素
	8.3 根据“一系列症状，而非核心症状”做出诊断
	– 在症状清单中同时列出核心症状和其他症状
	– 在症状清单中纳入性欲减退
	– 按照是否能更好地预测抑郁 / 常见症状，列出症状
	– 提供随时间变化的症状的额外详细信息
	8.4 在结构上澄清躯体症状和心理症状之间的不同
	8.5 儿童患者需要的额外症状信息
	8.6 谨慎地量化 / 翻译如下表述
	– “睡眠过多”
	– “比平常讲话和活动缓慢”
9. 指南的整体结构	9.1 为更好地反映应用的背景条件，需要随结构进行某些或较大的重组
	9.2 强调跨领域参与，包括家庭 / 社区网络
	9.3 强调一般抑郁与双相障碍（抑郁发作）之间的不同
	9.4 将随诊和管理整合进一个连续的部分
	9.5 在开始评估时，考虑到高自杀风险患者
	9.6 将患者作为指南的核心
10. 随访	10.1 确定随诊，并解释为什么随诊是必要的
	– 确定患者的治疗状态
	– 确定患者以往接受的治疗
	– 监测当前治疗的副反应，并评估改善情况
	10.2 解释怎样评估进展，即逐项列出改善的征象
	10.3 强调社区卫生服务中心在随诊中要达到的主要结果
	– 在社区卫生服务中心层面，基本心理治疗的选项
	– 心理干预 / 药物治疗的转诊选项
	10.4 逐项列出随诊的联系方式（面对面、电话、电子化）
	10.5 推荐首选看诊方式
	– 理想的，对所有患者进行面对面随诊
	– 至少，对病情严重患者进行面对面随诊
	– 患者对非紧急情况的看诊偏好
	10.6 根据抑郁的严重程度、自残风险、治疗依从程度，确定随诊的频率和持续时间

调了抗抑郁药物清单应与国家处方要求保持一致。如果CHC没有使用抗抑郁药的标准，则应提供可提供处方的机构及药物报销规定。全科医生还认为应该使用最新一代选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）药物清单，并建议给出品牌名称举例，以提高指南的更新频率。在深圳市这一人均可支配收入较高的城市[67]，患者也会意识到药品能从面向消费者的市场直接获得。然而，在mhGAP-IG.v2中不宜给出药物品牌名，因为指南应保持

中立，避免利益冲突，而卫生行政部门也希望能避免过度处方和潜在药物成瘾的发生。

本研究的参加者还认为，应把苯二氮卓类药物纳入 mhGAP-IG.v2，尽管苯二氮卓类药物并不适用于抑郁治疗，而是适用于焦虑治疗。虽然本指南的这一部分是关于抑郁的，但考虑到焦虑患者比抑郁患者数量更多的事实[16]，全科医生需要对同时患有抑郁和焦虑的患者做出诊疗[68]，在 mhGAP-IG.v2 中提供有关苯二氮卓类药物的信息是合适的。

4.4 接受“以人为本”的指导方针

本研究在情景化研究中的独特之处是探索全科医生（作为指南的最终用户）对在 mhGAP-IG.v2 中纳入“以人为本”建议的看法。WHO“以人为本”的综合服务框架指出：所有人都可以平等地获得优质的卫生服务，这些服务是满足生命历程需要的，尊重社会偏好的，在整个服务过程中得到协调的，并且是全面、安全、有效、及时、高效和可接受的；所有服务人员都积极主动、技术熟练，并在获得支持的环境中工作[69-70]。“以人为本”的核心是患者“赋能”，在患者主导的就诊期间尊重患者的治疗偏好，并与患者“共同制定”治疗管理计划。本研究参与者普遍接受 mhGAP-IG.v2“以人为本”的主题，并赞同开发和使用患者管理计划。全科医生更喜欢以行动为导向的计划，以清单的方式逐项列出“以人为本”的做法，而不是当前版本那样使用原则性的术语（如“评估改进”“评估当前治疗的参与和体验”）。全科医生希望由具有心理健康服务证书的全科医生制定患者管理计划，这可以给指南的背景化和长期可持续使用带来潜在好处。

由全科医生制定抑郁的患者管理计划还有其他优点。中国正在加快建立社区精神卫生康复服务机构[71]，全科医生的工作可能与这些精神康复服务有合作或重叠，应预见式地避免服务提供者之间沟通和协调不畅问题[22]。由最接近和熟悉患者的全科医生制定“以人为本”的管理计划，可有效地在服务提供者之间共享患者记录，简化服务在提供者之间的转介过程。

4.5 情境化的健康教育

全科医生认为要对 mhGAP-IG.v2 中绝大多数“改善社会心理交流”的表述进行调整，这表明患者教育信息的情景化是有相当大改进空间的。调整这些表述意味着全科医生要给患者提供更好的信息（表 2 中的 3.1~3.4），并提高社区对抑郁的认识，强调要以当地参与模式（即以前的成功案例）来实现患者教育的目标。这需要全科医生掌握专业“软技能”（如倾听和同理心）。尽管有证据表明“软技能”对治疗结果有积极影响[72-74]，但其在医学院教育中却经常被忽视[75]。一项近期发表的研究关注亚洲（包括中国）卫生专业人员与患者之间复杂和特定背景的沟通互动特点，发现亚洲专业人员需要掌握比西方专业人员更多的沟通方法才能为患者提供适合文化背景的医学服务[76]。在深圳市这样的新型“移民城市”，患者的心理教育需求因居住区和原籍而异，故患者教育的方法也需要做更多的考虑。

5 研究的局限性和进一步研究计划

5.1 本研究的局限性

本研究的局限性与 COVID-19 疫情相关，COVID-19 疫情发生时间与本研究开展时间有重叠，使得原设计在实际开展中可行性较低，直接影响了研究结果。包括：（1）第 2 轮调查延迟，从预定的间隔 1 个月变成间隔近 1 年，与时间相关的卫生系统变化因素和医生的观点改变在分析时难以控制（如医生心理健康认证的增加、CHC 负责人层面的内部变化）。（2）参与调查的全科医生保留率下降了 21%。幸运的是，研究设计考虑到了额外招募，允许潜在的失访，因此参与者的最终数量满足研究需求[59]，且纳入全科医生所处的地理位置分布良好。本研究的实际参加人数仍然远高于建议的最小人数（10~18 人）[77]和德尔菲研究要求的稳定性人数[78]。（3）经过两轮在线调查后决定终止研究，研究结束时全科医生对 21% 的表述仍未达成进一步共识。虽然许多德尔菲研究继续进行第 3 轮调查，以遵循实现共识的方法论原则[45]，但在心理健康领域进行两轮德尔菲的研究并不罕见[79-80]。在这种情况下，两轮调查之间只产生了微小的共识变化，可以说任何进一步的研究都会产生更小或几乎可以忽略不计的观点变化。此外，79% 达成共识的表述所产生的信息主体为指南调整已经提供了丰富、具体和详细的方向。

本研究旨在获取全科医生的观点，但并非仅有全科医生提供抑郁诊疗服务。因此，对指南的进一步研究应向更多的利益相关者寻求建议，包括接受转诊的专家团队、与康复有关的其他社区机构，以及患者的看法。

最后，全科医生可能难以理解之前研讨会中的一些概念 / 项目翻译。为了最大限度地减少翻译问题，所有项目都由一位经验丰富的翻译人员进行回译，并在进行正式调查前由 2 名精通双语的深圳市 CHC 医生进行测试。

5.2 建议的进一步研究方向

（1）开发培训软件 / 在线模块，以满足当地需要，并与试点地区分享研究结果，以获得进一步咨询和测试结果。（2）制定患者管理计划，全科医生与多个合作伙伴（包括家庭）分担服务，请各方参与到患者的社区康复中。认真咨询有生活经历者，以帮助确定这些互动的性质和内容。（3）进行质性研究，探索全科医学如何更好地教育社区居民认识抑郁，并遵从医疗指导。（4）扩大研究范围，考虑到焦虑问题及焦虑、抑郁共病问题

的诊断和治疗。（5）探索研究结果的可转移性，使其能够适应中国其他社区健康服务场所。（6）重要的是要把修订的 mhGAP-IG.v2 提交给国际医疗保健研究者进行评估，以保证其他国家可以分享相似（或不同）的发现，并为更新全球服务标准的持续对话做出贡献。

6 结论

对 mhGAP-IG.v2 的调整与深圳市 CHC 医生的决策内容和算法流程完善过程一致。全科医生同意实施的指南应该与通用指南有所不同，能实施的指南应该适应当地居民抑郁问题的具体情况、卫生系统组织形式、初级保健治疗的优先级和可及性，以及中国对 21 世纪"以人为本"的健康服务的总体愿望。本研究的独特之处是全科医生认为自身更喜欢能反映疾病发展过程的指南，以及记录更广泛的精神健康团队和家庭参与范围的指南。全科医生认为 mhGAP-IG.v2 应该包含双相障碍患者诊断和治疗的关键措施，即便这些措施超出了其目前的实践标准。针对深圳市背景的 mhGAP-IG.v2 调整，不仅给当地 CHC 提供了相关培训工具，而且还为其他国家提供了额外的资源，使其能够进一步改进对抑郁问题的诊疗和服务。

致谢：感谢所有参加研究的深圳市全科医生，在 COVID-19 疫情防控期间，医护人员面临困难、压力和巨大工作负荷，感谢其愿意抽出宝贵时间参与两轮研究。也非常感谢本研究学术督导组 7 名成员的持续支持，督导组的专业建议为研究的成功完成提供了助力。

作者贡献：Kendall Searle 负责设计、协调和开展德尔菲研究，分析数据，并起草手稿；Grant Blashki、Ritsuko Kakuma、Harry Minas 为研究设计提供建议，并对研究过程提供支持；杨辉促进了与深圳市社区卫生服务机构的持续联系，并就文化适应问题提出宝贵建议；吕淑荣为德尔菲方法提供方法和软件培训，并提供具有文化敏感性的翻译支持；李宝琪、肖莹莹负责翻译项目报表，并就如何执行和完成招募提供具体方案；所有作者对文章初稿发表了意见，并对文章终稿进行校对。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 深圳市统计局，深圳市第七次全国人口普查领导小组办公室．深圳市第七次全国人口普查公报［EB/OL］．（2021-05-17）［2022-01-05］．http://sztqb.sznews.com/attachment/pdf/202105/17/5ba58d4a-36d6-46f2-930a-f91855761050.pdf.

[2] NI P F，KAMIYA M. 第一章：深圳和珠三角地区的全球价值链 // 深圳故事：经济、社会、环境转型［M］. 北京：中国社会科学出版社，2020.

[3] MOSHA A C. 第二章：城市融资、企业融资和创业融资 // 深圳故事：经济、社会、环境转型［M］. 北京：中国社会科学出版社，2020.

[4] LIU G G，CHEN X. China in transition：health，wealth，and globalization［J］. Lancet Public Health，2019，4（9）：e444-445.

[5] PARRY J. China lays out bold plan to improve healthcare［J］. BMJ，2015，350：h1877. DOI：10.1136/bmj.h1877.

[6] 中共中央，国务院．"健康中国 2030"规划纲要［EB/OL］．（2016-10-25）［2022-01-05］．https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.

[7] SHI L Y，LEE D C，LIANG H L，et al. Community health centers and primary care access and quality for chronically-ill patients：a case-comparison study of urban Guangdong Province，China［J］. Int J Equity Health，2015，14：90. DOI：10.1186/s12939-015-0222-7.

[8] GONG P，LIANG S，CARLTON E J，et al. Urbanisation and health in China［J］. Lancet，2012，379（9818）：843-852. DOI：10.1016/S0140-6736(11)61878-3.

[9] ZHAO Y J，JIN Y，RAO W W，et al. Prevalence of major depressive disorder among adults in China：a systematic review and meta-analysis［J］. Front Psychiatry，2021，12：659470. DOI：10.3389/fpsyt.2021.659470.

[10] ZHANG D，MOU J，CHENG J Q，et al. Public health services in Shenzhen：a case study［J］. Public Heath，2011，125（1）：15-19. DOI：10.1016/j.puhe.2010.10.007.

[11] TANG X F，TANG S Q，REN Z H，et al. Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China：a systematic review and meta-analysis［J］. J Affect Disord，2019，245：498-507. DOI：10.1016/j.jad.2018.11.043.

[12] WANG Q，TIAN W Y. Prevalence，awareness，and treatment of depressive symptoms among the middle-aged and elderly in China from 2008 to 2015［J］. Int J Heath Plan Manag，2018，33（4）：1060-1070. DOI：10.1002/hpm.2581.

[13] HE X S，WONG D F K. A comparison of female migrant workers' mental health in four cities in China［J］. Int J Soc Psychiatry，2013，59（2）：114-122. DOI：10.1177/0020764011423467.

[14] MOU J，CHENG J Q，GRIFFITHS S M，et al. Internal migration and depressive symptoms among migrant factory workers in Shenzhen，China［J］. J Community Psychol，2011，39（2）：212-230. DOI：10.1002/jcop.20428.

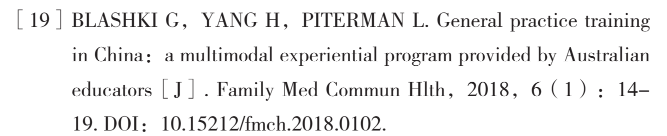
[15] REN F，YU X，DANG W M，et al. Depressive symptoms in Chinese assembly-line migrant workers：a case study in the shoe-making industry［J］. Asia Pac Psychiatry，2019，11（2）：e12332. DOI：10.1111/appy.12332.

[16] HUANG Y Q. Prevalence of mental disorders in China：author's reply［J］. Lancet Psychiatry，2019，6（6）：468. DOI：10.1016/s2215-0366(19)30177-4.

[17] LI X，LU J P，HU S，et al. The primary health-care system in China［J］. Lancet，2017，390（10112）：2584-2594. DOI：10.1016/S0140-6736(17)33109-4.

[18] LI L，HU H Y，ZHOU H，et al. Work stress，work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers：a cross-sectional survey in China［J］. BMJ Open，2014，4（6）：e004897. DOI：10.1136/bmjopen-2014-004897.





[19] BLASHKI G，YANG H，PITERMAN L. General practice training in China：a multimodal experiential program provided by Australian educators [J] . Family Med Commun Hlth，2018，6（1）：14–19. DOI：10.15212/fmch.2018.0102.

[20] RAO X，LAI J M，WU H A，et al. The development of a competency assessment standard for general practitioners in China [J] . Front Public Heath，2020，8：23. DOI：10.3389/fpubh.2020.00023.

[21] XIONG W，PHILLIPS M R. Translated and annotated version of the 2015—2020 National Mental Health Work Plan of the People's Republic of China [J] . Shanghai Arch Psychiatry，2016，28（1）：4–17. DOI：10.11919/j.issn.1002–0829.216012.

[22] SEARLE K，BLASHKI G，KAKUMA R，et al. Current needs for the improved management of depressive disorder in community healthcare centres，Shenzhen，China：a view from primary care medical leaders [J] . Int J Ment Health Syst，2019，13：47. DOI：10.1186/s13033–019–0300–0.

[23] HARRISON M B，LÉGARÉ F，GRAHAM I D，et al. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use [J] . J De L'association Med Can，2010，182（2）：e78–84. DOI：10.1503/cmaj.081232.

[24] FERVERS B，BURGERS J S，HAUGH M C，et al. Adaptation of clinical guidelines：literature review and proposition for a framework and procedure [J] . Int J Qual Health Care，2006，18（3）：167–176. DOI：10.1093/intqhc/mzi108.

[25] OLLENSCHLÄGER G，MARSHALL C，QURESHI S，et al. Improving the quality of health care：using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network（G–I–N）[J] . Qual Saf Heath Care，2004，13（6）：455–460. DOI：10.1136/qhc.13.6.455.

[26] SQUIRES J E，GRAHAM I D，HUTCHINSON A M，et al. Understanding context in knowledge translation：a concept analysis study protocol [J] . J Adv Nurs，2015，71（5）：1146–1155. DOI：10.1111/jan.12574.

[27] WHO. mhGAP intervention guide for mental，neurological and substance use disorders in non–specialized health settings：mental health gap action programme（mhGAP）[M] . Geneva：World Health Organization，2010.

[28] BARBUI C，DUA T，VAN OMMEREN M，et al. Challenges in developing evidence–based recommendations using the GRADE approach：the case of mental，neurological，and substance use disorders [J] . PLoS Med，2010，7（8）：e1000322. DOI：10.1371/journal.pmed.1000322.

[29] DUA T，BARBUI C，CLARK N，et al. Evidence–based guidelines for mental，neurological，and substance use disorders in low– and middle–income countries：summary of WHO recommendations [J] . PLoS Med，2011，8（11）：e1001122. DOI：10.1371/journal.pmed.1001122.

[30] ABDULMALIK J，KOLA L，FADAHUNSI W，et al. Country contextualization of the mental health gap action programme intervention guide：a case study from Nigeria [J] . PLoS Med，2013，10（8）：e1001501. DOI：10.1371/journal.pmed.1001501.

[31] KEYNEJAD R C，DUA T，BARBUI C，et al. WHO Mental Health Gap Action Programme（mhGAP）Intervention Guide：a systematic review of evidence from low and middle–income countries [J] . Evid Based Ment Health，2018，21（1）：30–34. DOI：10.1136/eb–2017–102750.

[32] WHO. mhGAP intervention guide for mental，neurological and substance use disorder in non–specialised health settings [M] . 2nd ed. Geneva：World Health Organization，2016.

[33] PATEL V，SAXENA S，LUND C，et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development [J] . Lancet，2018，392（10157）：1553–1598. DOI：10.1016/S0140–6736(18)31612–X.

[34] BEAGLEHOLE R，EPPING–JORDAN J，PATEL V，et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low–income and middle–income countries：a priori ty for primary health care [J] . Lancet，2008，372（9642）：940–949. DOI：10.1016/S0140–6736(08)61404–X.

[35] JOHNSTONE A，GOLDBERG D. Psychiatric screening in general practice. A controlled trial [J] . Lancet，1976，1（7960）：605–608. DOI：10.1016/s0140–6736(76)90415–3.

[36] MENG Q Y. Health systems in transition [M] . Geneva：World Health Organization，2015.

[37] CHEN H，PHILLIPS M，CHENG H，et al. Mental Health Law of the People's Republic of China（English translation with annotations）：translated and annotated version of China's new Mental Health Law [J] . Shanghai Arch Psychiatry，2012，24（6）：305–321. DOI：10.3969/j.issn.1002–0829.2012.06.001.

[38] KLEINMAN A. In deep China：the moral life of the person [M] . California：University of California Press，2011.

[39] PARKER G，GLADSTONE G，CHEE K T. Depression in the planet's largest ethnic group：the Chinese [J] . Am J Psychiatry，2001，158（6）：857–864. DOI：10.1176/appi.ajp.158.6.857.

[40] SING L. In The moral life of the person [M] . California：University of California Press，2011.

[41] RATHOD S，PERSAUD A，NAEEM F，et al. Culturally adapted interventions in mental health：global position statement [J] . World Cultural Psychiatry Research Review，2020，14（1/2）：21–29.

[42] GAVLAK D. Learning to heal minds in the eastern Mediterranean[J]. Bull World Heath Organ，2016，94（10）：714–715. DOI：10.2471/blt.16.021016.

[43] JHA A，SAPKOTA N. Dementia assessment and management protocol for doctors in Nepal [J] . J Nepal Med Assoc，2013，52（189）：292–298. DOI：10.31729/jnma.567.

[44] ROSS A M，HART L M，JORM A F，et al. Development of key messages for adolescents on providing basic mental health first aid to peers：a Delphi consensus study [J] . Early Interv Psychiatry，2012，6（3）：229–238. DOI：10.1111/j.1751–7893.2011.00331.x.

[45] JORM A F. Using the Delphi expert consensus method in mental health research [J] . Aust N Z J Psychiatry，2015，49（10）：887–897. DOI：10.1177/0004867415600891.

[46] GOODYEAR M，HILL T L，ALLCHIN B，et al. Standards of practice for the adult mental health workforce：meeting the needs of families where a parent has a mental illness [J] . Int J Ment Health

Nurs, 2015, 24（2）: 169-180.
[47] DE MELLO G, FRASER F, NICOLL P, et al. Mental health care training for practitioners in remote and rural areas [J]. Clin Teach, 2013, 10（6）: 384-388. DOI: 10.1111/tct.12054.
[48] BITTA M A, KARIUKI S M, OMAR A, et al. Contextualizing and pilot testing the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide（mhGAP-IG）to primary healthcare workers in Kilifi, Kenya [J]. Glob Ment Health, 2020, 7: e11. DOI: 10.1017/gmh.2020.6.
[49] MUTISO V N, GITONGA I, MUSAU A, et al. A step-wise community engagement and capacity building model prior to implementation of mhGAP-IG in a low- and middle-income country: a case study of Makueni County, Kenya [J]. Int J Ment Health Syst, 2018, 12: 57. DOI: 10.1186/s13033-018-0234-y.
[50] SPAGNOLO J, CHAMPAGNE F, LEDUC N, et al. Tailoring a training based on the Mental Health Gap Action Programme（mhGAP）Intervention Guide（IG）to Tunisia: process and relevant adaptations [J]. Glob Ment Health, 2018, 5: e17. DOI: 10.1017/gmh.2018.8.
[51] SEARLE K, BLASHKI G, KAKUMA R, et al. Listening to the Shenzhen primary healthcare context to adapt the mhGAP-IG.v2 for the assessment of depression: qualitative workshops with primary healthcare leaders [J]. Int J Environ Res Public Heath, 2022, 19（5）: 2570. DOI: 10.3390/ijerph19052570.
[52] MCGORRY P, VAN OS J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity [J]. Lancet, 2013, 381（9863）: 343-345. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61268-9.
[53] PHILLIPS M R. Can China's new mental health law substantially reduce the burden of illness attributable to mental disorders? [J]. Lancet, 2013, 381（9882）: 1964-1966. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61177-0.
[54] TONG Y S, PHILLIPS M R, YIN Y, et al. Relationship of the high proportion of suicidal acts involving ingestion of pesticides to the low male-to-female ratio of suicide rates in China [J]. Epidemiol Psychiatr Sci, 2020, 29: e114. DOI: 10.1017/S2045796020000244.
[55] JIANG H, NIU L, HAHNE J, et al. Changing of suicide rates in China, 2002—2015 [J]. J Affect Disord, 2018, 240: 165-170. DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.043.
[56] LU S R, LI W J, OLDENBURG B, et al. Cultural adaptation of the mental health first aid guidelines for assisting a person at risk of suicide to China: a Delphi expert consensus study [J]. BMC Psychiatry, 2020, 20（1）: 454. DOI: 10.1186/s12888-020-02858-9.
[57] FERENCHICK E K, RAMANUJ P, PINCUS H A. Depression in primary care: part 1—screening and diagnosis [J]. BMJ, 2019: l794. DOI: 10.1136/bmj.l794.
[58] ZHANG L, CAO X L, WANG S B, et al. The prevalence of bipolar disorder in China: a meta-analysis [J]. J Affect Disord, 2017, 207: 413-421. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.062.
[59] WANG X, SUN X Z, BIRCH S, et al. People-centred integrated care in urban China [J]. Bull World Heath Organ, 2018, 96（12）: 843-852. DOI: 10.2471/blt.18.214908.
[60] CHEN P J, LI F Z, HARMER P. Healthy China 2030: moving from blueprint to action with a new focus on public health [J]. Lancet Public Health, 2019, 4（9）: e447. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30160-4.
[61] MINAS H. Chapter 9: the national mental health work plan 2015—2020 [M] //ANTHONY J, MARSELLA G A. Mental health in China and the Chinese diaspora: historical and cultural perspectives [M]. Berlin: Springer, 2021.
[62] MINAS H. Chapter 8: China's mental health law [M] //ANTHONY J, MARSELLA G A. Mental health in China and the Chinese diaspora: historical and cultural perspectives [M]. Berlin: Springer, 2021.
[63] DIXON L B, SCHWARZ E C. Fifty years of progress in community mental health in US: the growth of evidence-based practices [J]. Epidemiol Psychiatr Sci, 2014, 23（1）: 5-9. DOI: 10.1017/s2045796013000620.
[64] DRAKE R E, LATIMER E. Lessons learned in developing community mental health care in North America [J]. World Psychiatry, 2012, 11（1）: 47-51. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.007.
[65] LIANG C Y, MEI J, LIANG Y, et al. The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: a cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition [J]. BMC Fam Pract, 2019, 20（1）: 93. DOI: 10.1186/s12875-019-0982-z.
[66] LU S R, LI W J, OLDENBURG B, et al. Cultural adaptation of the mental health first aid guidelines for depression used in English-speaking countries for China: a Delphi expert consensus study [J]. BMC Psychiatry, 2020, 20（1）: 336. DOI: 10.1186/s12888-020-02736-4.
[67] ATSMON Y, MAGNI M. Meet the Chinese consumer of 2020 [M]. Chicago: McKinsey Quarterly, 2012.
[68] WU Z G, FANG Y R. Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment [J]. Shanghai Arch Psychiatry, 2014, 26（4）: 227-231. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2014.04.006.
[69] World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [R]. Geneva: World Health Organization, 2016.
[70] World Health Organization. Framework on integrated people-centred health services: an overview [EB/OL]. [2022-01-05]. https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Overview_IPCHS_final.pdf?ua=1.
[71] LUO H Y, MCNEIL E B, FENG Q M, et al. Utilization of psychiatric rehabilitation services and influencing factors among people with psychotic disorders in rural communities of Guangxi, China [J]. Int J Ment Heath Syst, 2018, 12（1）: 1-8. DOI: 10.1186/s13033-018-0197-z.
[72] STEWART M A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review [J]. CMAJ, 1995, 152（9）: 1423-1433.
[73] KIM S S, KAPLOWITZ S, JOHNSTON M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance [J]. Eval Health Prof, 2004, 27（3）: 237-251. DOI:



10.1177/0163278704267037.

[74] MERCER S W，NEUMANN M，WIRTZ M，et al. General practitioner empathy，patient enablement，and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland：a pilot prospective study using structural equation modeling［J］. Patient Educ Couns，2008，73（2）：240-245. DOI：10.1016/j.pec.2008.07.022.

[75] LI D J，XU H M，KANG M Y，et al. Empathy in Chinese eight-year medical program students：differences by school year，educational stage，and future career preference［J］. BMC Med Educ，2018，18（1）：241. DOI：10.1186/s12909-018-1348-2.

[76] PUN J K H，CHAN E A，WANG S，et al. Health professional-patient communication practices in East Asia：an integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong，South Korea，Japan，Taiwan，and Mainland China［J］. Patient Educ Couns，2018，101（7）：1193-1206. DOI：10.1016/j.pec.2018.01.018.

[77] OKOLI C，PAWLOWSKI S D. The Delphi method as a research tool：an example，design considerations and applications［J］. Inf Manag，2004，42（1）：15-29. DOI：10.1016/j.im.2003.11.002.

[78] AKINS R B，TOLSON H，COLE B R. Stability of response characteristics of a Delphi panel：application of bootstrap data expansion［J］. BMC Med Res Methodol，2005，5：37. DOI：10.1186/1471-2288-5-37.

[79] HOWARTH E，VAINRE M，HUMPHREY A，et al. Delphi study to identify key features of community-based child and adolescent mental health services in the east of England［J］. BMJ Open，2019，9（6）：e022936. DOI：10.1136/bmjopen-2018-022936.

[80] TYLER N，WRIGHT N，GRUNDY A，et al. Developing a core outcome set for interventions to improve discharge from mental health inpatient services：a survey，Delphi and consensus meeting with key stakeholder groups［J］. BMJ Open，2020，10（5）：e034215. DOI：10.1136/bmjopen-2019-034215.

（原文见：https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-022-00523-0）

（收稿日期：2023-04-26；修回日期：2023-07-25）
（本文编辑：王凤微）